

Allerta, verifica e gestione della salute pubblica rispetto alla Sars, nel periodo successivo all'epidemia

Razionale per continuare la vigilanza

Riconosciuta per la prima volta come una minaccia globale a metà del marzo 2003, la SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) è stata contenuta con successo in meno di quattro mesi. Il 5 luglio 2003, l'Organizzazione mondiale per la sanità (Oms) ha reso noto che l'ultima catena umana di trasmissione della Sars era stata interrotta.

Nonostante dal marzo 2003 le conoscenze su questa sindrome, incluso il fatto che è provocata da un nuovo coronavirus (SARS-CoV), siano aumentate notevolmente, rimangono limitate le informazioni a disposizione sulla sua epidemiologia ed ecologia. Un riaccendersi della trasmissione SARS rimane possibile e non consente quindi di abbassare la sorveglianza.

Nel periodo seguente la sua diffusione, tutti i Paesi devono continuare a vigilare sulla sua ricomparsa e mantenere la loro capacità di individuare e rispondere al suo ritorno, qualora questo dovesse avvenire. La definizione di casi attuata dall'Oms durante il periodo di diffusione ha fatto forte affidamento su criteri epidemiologici per accrescere la specificità dei criteri clinici della sindrome della polmonite atipica o respiratory distress syndrome (RDS).

Ciononostante, collegamenti epidemiologici a casi di SARS e ad aree che hanno riportato recenti trasmissioni locali, non risultano più utili per definire casi incidenti. Inoltre, le caratteristiche cliniche non specifiche, la mancanza di un test diagnostico rapido e affidabile capace di rilevare il coronavirus della SARS nei primissimi giorni della malattia, e la ricorrenza stagionale di altre malattie respiratorie, incluse l'influenza, potrebbe confondere qualsiasi sorveglianza della SARS o richiedere un livello di qualità e intensità che pochi sistemi sanitari nel mondo possono sostenere. Persino con i più sofisticati sistemi di sorveglianza, il primo caso di SARS nel periodo successivo la diffusione potrebbe sfuggire a una tempestiva individuazione.

Questo documento descrive un meccanismo di allerta contro la SARS da attuare nel periodo successivo alla diffusione. Fornisce una guida per la gestione dei casi di allerta per la SARS sino alla conferma o esclusione da laboratori e delle persone sotto investigazione come possibili casi di SARS. Il documento non tocca complessi argomenti di sorveglianza la categorizzazione dei casi di SARS

Il documento fornisce le linee guida per i clinici sulla manifestazione clinica, le scoperte radiologiche e di laboratorio, per assistere nella diagnosi della SARS e nelle decisioni per implementare il controllo dell'infezione che si propaga per contagio.

Per ulteriori informazioni sui precedenti casi di diffusione della SARS, consultare [SARS: breaking the chains of transmission.](#)

2. Valutazione del rischio

Idealmente, ogni stato membro dovrebbe determinare l'intensità della sua sorveglianza sulla SARS nel periodo post-epidemico sulla base di una valutazione del rischio. La OMS ha definito tre aree principali che prendono in considerazione l'esperienza maturata durante la recente epidemia e il potenziale di un ritorno della SARS:

Zone di potenziale ricomparsa della SARS

- Identificate come le sorgenti della precedente epidemia nel novembre 2002 o zone con un'incrementata probabilità di trasmissione del virus dall'animale all'uomo.

Zone nodali

- Quelle in cui si è verificata una intensa trasmissione locale durante la precedente epidemia o nelle quali sono arrivate molte persone provenienti dalle zone di potenziale ricomparsa.

Zone a basso rischio

- Quelle in cui non è mai stato riportato alcun caso, o sono stati riportati solo casi importati o che hanno sperimentato solo una ridotta e limitata trasmissione locale nel corso della precedente epidemia.

Quindi, la OMS raccomanda un approccio a stadi successivi nella sorveglianza:

Zone di potenziale ricomparsa della SARS

- Allarme SARS **PIU'**
- Aumentata sorveglianza per la SARS **PIU'**
- Studi speciali sulle infezioni da SARS nelle popolazioni umane e animali

Zone nodali

- Allarme SARS **PIU'**
- Aumentata sorveglianza per la SARS

Zone a basso rischio

- Sorveglianza sull'insorgenza di un 'cluster' di casi di 'allerta' tra gli operatori sanitari, lo staff ospedaliero, i pazienti e i visitatori della stessa unità sanitaria (vedi sezione 3 – l'allarme SARS)

3. L'allarme SARS

L'allarme SARS è una definizione operativa per garantire un appropriato controllo dell'infezione e l'implementazione di misure di sanità pubblica fino all'esclusione della diagnosi di SARS nei casi di polmonite atipica.

3.1 Obiettivi dell'allarme SARS

- Fornire immediata comunicazione della ricomparsa di casi potenziali di SARS per:
 - Mettere immediatamente a punto le misure appropriate di controllo dell'infezione
 - Velocizzare la diagnosi
 - Attivare la risposta del sistema di sanità pubblica
- Eventualmente, se indicato, dare l'allarme globale

Definizione di un allarme SARS

Due o più operatori sanitari appartenenti alla stessa struttura presentano i sintomi che soddisfano la definizione di caso clinica per la SARS (vedi sezione 3.3) e la malattia è comparsa nello stesso periodo nell'arco di 10 giorni.

OPPURE

Tre o più persone hanno contratto in ospedale (operatori sanitari e/o altro staff ospedaliero e/o pazienti e/o visitatori) nella stessa unità sanitaria una malattia che soddisfa la definizione di caso per la SARS (vedi sezione 3.3) con comparsa della malattia nell'arco di 10 giorni.

Una giurisdizione sanitaria può scegliere, in base alla propria esperienza, di aumentare il numero minimo di casi che compongono un 'cluster' necessari a dare l'allerta. La definizione della unità sanitaria in cui si verificano i cluster di casi dipenderà dalla situazione locale. La dimensione dell'unità può variare da un'intera struttura sanitaria se si tratta di una piccola, fino a un singolo dipartimento in una grande struttura ospedaliera.

3.2 Descrizione di caso della SARS

Vedi Annex 1 Descrizione Clinica della SARS. La descrizione di caso fornisce i dettagli dell'evoluzione clinica della SARS e i risultati radiologici e di laboratorio che possono aiutare i medici nella diagnosi. Fornisce informazioni sullo spettro della malattia, incluse sue manifestazioni atipiche.

3.3 Definizioni di caso

Definizione clinica di caso della SARS

La seguente definizione clinica di caso è stata approntata per motivi di salute pubblica.

Una persona con una storia di:

Febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

PIU' Uno o più sintomi di malattia del tratto respiratorio inferiore (tosse, difficoltà respiratorie, respiro corto)

PIU'

Evidenza radiografica di infiltrazioni polmonari compatibili con lo sviluppo di polmonite o RDS **OPPURE** autopsia compatibile con una diagnosi di polmonite o RDS senza causa identificabile.

PIU'

Nessuna diagnosi alternativa che possa spiegare la malattia.

Definizione di caso di laboratorio

Una persona con sintomi e segnali che sono clinicamente indicativi di SARS **PIU'** risultati di laboratorio positivi che indicano la presenza del virus secondo uno o più dei seguenti criteri diagnostici:

a) PCR positiva per il virus SARS

la PCR è positiva utilizzando un metodo validato da:

- Almeno due campioni clinici diversi (ad esempio nasofaringeo e fecale) **OPPURE**
- Lo stesso campione clinico raccolto in due o più occasioni nel corso della malattia (ad esempio materiale nasofaringeo) **OPPURE**
- Due diversi saggi PCR condotti usando un nuovo estratto di RNA dal campione clinico originale ogni volta che viene ripetuto il test.

b) Sieroconversione mediante test ELISA o IFA

- Anticorpi negativi su siero raccolto in fase acuta e positivi su siero raccolto in fase convalescente testati in parallelo **OPPURE**
- Aumento di almeno quattro volte o più del livello di anticorpi tra i sieri raccolti in fase acuta e convalescente testati in parallelo.

c) *Isolamento del virus*

- Isolamento in coltura cellulare del virus della SARS da qualsiasi campione **PIU'** conferma attraverso PCR con metodo validato.

Il test dovrebbe essere condotto solo in laboratori nazionali e regionali di riferimento secondo le raccomandazioni dell'OMS (vedi ['Uso dei metodi di laboratorio per la diagnosi di SARS'](#)). L'OMS assisterà i paesi con scarse risorse a confermare i primi casi di SARS attraverso una collaborazione tra laboratori.

3.4 Gestione pubblica di un allarme SARS

Quando viene lanciato un allarme SARS:

1. I pazienti dovrebbero essere immediatamente isolati e dovrebbero essere istituite precauzioni sulla trasmissione, se non sono già in atto ([vedi linee guida gestionali](#))
2. La diagnosi dovrebbe essere velocizzata (vedi Annex 2 Guida alla diagnosi di SARS nel periodo post-epidemico – Una preoccupazione per tutti gli operatori sanitari). L'OMS assisterà nell'accertamento degli allarmi di SARS quando sarà appropriato, dando anche facilitazioni per l'accesso ai servizi di laboratorio (vedi Annex 3 Punti focali dell'OMS per la SARS).
3. Tutti i 'contatti' con i potenziali casi di SARS dovrebbero essere rintracciati e messi in quarantena finché non si esclude la diagnosi di SARS.

3.1 Un 'contatto' è qualsiasi persona che è a rischio più elevato di sviluppare la SARS perché è stata a contatto con un malato di SARS. Per esposizione rischiosa si intende anche il prendersi cura di, vivere con, o avere diretto contatto con le secrezioni respiratorie, i fluidi corporei e/o le escrezioni (es. le feci) di persone malate di SARS.

3.2 Gli individui con esposizioni rischiose a una o più persone entro un 'cluster' di allarme SARS dovrebbero essere trattati come contatti finché non si esclude la diagnosi di SARS.

3.3 Il trattamento dei contatti interni alla struttura sanitaria dovrebbe essere gestito come segue:

- I pazienti ricoverati dovrebbero essere isolati o separati da altri pazienti non esposti e dovrebbero essere istituite precauzioni contro ogni contatto. Inoltre, dovrebbero essere messi sotto sorveglianza per la febbre.
- Lo staff esposto dovrebbe essere messo sotto sorveglianza per l'insorgenza di febbri, e o dedicato esclusivamente alla cura dei pazienti esposti o messo in quarantena a casa a seconda delle circostanze locali.

3.4 Il trattamento dei contatti interni alla comunità dovrebbe essere gestito:

- Dando informazioni sul quadro clinico, la trasmissione, etc della SARS
- Mettendo sotto sorveglianza per l'insorgenza della febbre entro dieci giorni e raccomandando una quarantena domestica volontaria
- Un operatore dell'unità di sanità pubblica dovrebbe visitarli quotidianamente o telefonare
- La loro temperatura dovrebbe essere registrata quotidianamente.

- Se il contatto sviluppa sintomi della malattia, dovrebbe essere visitato localmente da una struttura sanitaria appropriata.
- Il sintomo più probabile è la comparsa di febbri.

3.5 Le autorità sanitarie pubbliche dovrebbero riportare qualsiasi conferma di diagnosi di SARS alla OMS (vedi sotto).

Comunicazione internazionale della SARS

Una nuova epidemia di SARS è definita come l'emergenza di uno o più casi di SARS clinicamente compatibili con la definizione e confermati con i test di laboratorio in qualsiasi paese in base a precise ricerche di laboratorio. La ricomparsa della SARS nella popolazione umana deve essere considerata una emergenza di salute pubblica globale.

Allo scopo di riportare casi di SARS a livello internazionale nel periodo post-epidemico, si richiede agli Stati Membri di informare la OMS solo dei casi confermati da diagnosi di laboratorio.

I casi confermati di SARS potrebbero essere identificati come conseguenza di un processo di verifica di un allarme SARS ma anche come caso(casi) sporadici di malattia respiratoria acuta su cui si è verificata la presenza del virus della SARS (che soddisfano la definizione di caso data nella sezione 3.3). L'informazione alla OMS dovrebbe essere fatta in entrambi i casi, ma non nel caso di persone asintomatiche con un test di laboratorio positivo o nel caso di persone che presentano i sintomi ma per le quali il test di laboratorio risulti negativo. Non si richiede l'informazione sull'assenza di casi.

La OMS richiede che gli stati membri informino immediatamente i punti focali negli Uffici Regionali o nei Quartieri Generali di qualunque caso che soddisfi la definizione di caso confermata in laboratorio ([vedi Annex 3 Punti Focali dell'OMS per la SARS](#)). Questo permetterà alla OMS di valutare la necessità di un allarme globale e di rimettere in moto una sorveglianza globale sulla SARS sulla base di questa notifica.

Lo sviluppo di nuove definizioni di caso applicabili alla nuova situazione, di standard di monitoraggio e di una strategia a passi successivi possono essere necessari una volta che vengano comunicati casi confermati con test di laboratorio.

Nell'eventualità in cui si stia verificando la possibilità di una diagnosi di SARS per un viaggiatore internazionale, tutti i paesi membri coinvolti dai suoi contatti internazionali dovrebbero comunicare tra loro direttamente durante la verifica. L'OMS dovrebbe essere informata solo quando il caso è confermato tramite laboratorio.

La OMS continuerà a identificare e verificare tutte le voci di fatti che siano di interesse pubblico internazionale, inclusi le voci su possibili casi di SARS, attraverso i suoi meccanismi ben stabiliti.

Indicatori della qualità del meccanismo di allerta sulla SARS

L'OMS raccomanda che le autorità sanitarie pubbliche nazionali monitori la qualità del meccanismo di allerta sulla SARS, per esempio mettendo a punto meccanismi basati su:

- Numero di allarmi attesi e riportati dalle strutture sanitarie nel tempo
- Tempo necessario ad attuare le precauzioni sulla trasmissione della malattia e a velocizzare la diagnosi
- Tempo necessario per avvisare le autorità di sanità pubblica locali e nazionali

- Tempo necessario per completare l'identificazione dei contatti e per metterli in quarantena

Questa lista non si considera esaustiva ma invece si tratta di una serie di suggerimenti per mettere a punto un sistema di monitoraggio.

4. Aumento della sorveglianza e studi speciali delle infezioni da SARS nelle popolazioni umane e animali

I distretti sanitari nelle zone nodali e in quelle di potenziale ri-emergenza hanno mantenuto un'aumentata sorveglianza della SARS stabilita durante l'epidemia, e continueranno a farlo anche in futuro. L'OMS incoraggerà questi distretti a rendere disponibile alla comunità globale i dettagli di queste attività di sorveglianza e offrirà la sua assistenza nel riassumere e aggiornare le informazioni disponibili su questo sito.

A seconda della valutazione del rischio e delle risorse disponibili, le aree nodali e quelle di potenziale riemergenza possono attuare una o più delle seguenti attività:

- Sorveglianza sulla polmonite atipica in ambienti come le case di cura, le unità di riabilitazione, i centri di assistenza comunitaria e gli ambulatori medici privati (vedi Annex 2, Guida alla diagnosi di SARS nel periodo post-epidemico – Una preoccupazione per tutti gli operatori sanitari)
- Sorveglianza delle persone dimesse dagli ospedali con una diagnosi di polmonite atipica non specifica
- Sorveglianza sull'assenteismo tra i lavoratori delle strutture sanitarie
- Sorveglianza di laboratorio sulle infezioni di virus della SARS
- Sorveglianza sulle richieste di test di laboratorio di patogeni dell'apparato respiratorio o di virus della SARS
- Sorveglianza sulle morti non spiegate in seguito a malattie respiratorie acute
- Sorveglianza serologica di popolazioni ad alto rischio (operatori sanitari, chi è a contatto con animali, venditori di mercato, cacciatori, etc)
- Sondaggi serologici sulla comunità per controllare i cambiamenti nella prevalenza dell'infezione da SARS
- Sondaggi serologici sulle popolazioni animali

Questa lista non è esaustiva ma solo un suggerimento di un possibile approccio a una sorveglianza aumentata.

Annex 1 Descrizione di caso clinico di SARS

Eziologia

La sindrome respiratoria acuta grave (SARS) è una malattia causata da uno specifico coronavirus (SARS-CoV).

Epidemiologia

La trasmissione nosocomiale del SARS CoV è stata una caratteristica molto accentuata della epidemia di SARS. La maggior parte dei casi riguarda gli adulti. I bambini sono raramente affetti.

Il periodo medio di incubazione è di 5 giorni, in un intervallo che va da 2 a 10 giorni sebbene ci siano alcuni casi riportati di periodi di incubazione più lunghi. Non ci sono casi riportati di trasmissione prima dell'insorgenza dei sintomi.

Storia naturale della malattia

Settimana 1 della malattia

I pazienti inizialmente sviluppano sintomi tipici dell'influenza, come febbre, malesseri, mialgie, mal di testa, e brividi. Non si è identificato un sintomo specifico o un insieme specifico di sintomi. Anche se l'insorgenza di febbre è il sintomo più comune, la febbre può anche essere inizialmente assente.

Settimana 2 della malattia

Tosse (inizialmente secca), dispnea e diarrea possono manifestarsi nella prima settimana ma si sono riscontrate più comunemente nella seconda. I casi gravi sviluppano difficoltà respiratorie che peggiorano rapidamente e carenza di ossigeno con circa un 20% dei casi che necessitano di terapia intensiva. Fino al 70% dei pazienti sviluppano diarrea descritta come di grande entità e acquosa senza sangue o muco. Ci può essere trasmissione durante la seconda settimana di malattia.

Risultati clinici

In base all'analisi dei dati giunti dal Canada, Cina, Hong Kong SAR, Singapore, Viet Nam e gli Stati Uniti il tasso di mortalità della SARS è stimato variare dallo 0 al 50% a seconda dell'età delle persone colpite, con una stima media dell'11% ([vedi Aggiornamento 49 - tasso di mortalità della SARS, periodo di incubazione](#)). Mortalità più alta è stata associata con il sesso maschile e con la presenza di altre malattie in diversi studi.

Casi geriatrici e pediatrici e SARS in gravidanza

Negli anziani si sono evidenziate manifestazioni atipiche quali ad esempio quelle prive di febbre o la manifestazione concomitante con altre infezioni/polmoniti batteriche. Condizioni croniche esistenti e il loro uso più frequente delle strutture sanitarie hanno entrambi contribuito a eventi di trasmissione nosocomiale che non sono stati identificati.

SARS si è manifestata meno frequentemente e con minore severità nei bambini.

Casi conosciuti di SARS in gravidanza hanno suggerito un aumento degli aborti all'inizio della gravidanza e una mortalità materna alla fine.

Risultati radiologici

Modificazioni delle radiografie toraciche sono stati osservati nella maggior parte dei pazienti entro i primi tre-quattro giorni della malattia nonostante l'assenza di sintomi respiratori. Tipicamente si vedono placche formate con una lesione periferica unilaterale che progredisce a formare lesioni multiple o di apparenza sabbiosa. Alcune lesioni seguono un pattern a successione. Caratteristiche negli stadi finali sono a volte pneumotoraci spontanei, pneumomediastino, fibrosi sub-pleurali e/o insorgenza di cisti.

Risultati ematologici e biochimici

Non esistono parametri specifici ematologici o biochimici per la SARS; tuttavia, gli studi hanno costantemente evidenziato le seguenti caratteristiche:

Risultati ematologici

Linfopenia è comune e progredisce nel corso della malattia. Talvolta si osservano trombocitopenie e prolungate APTT.

Risultati biochimici

LDH è frequentemente elevato e alcuni rapporti hanno suggerito un'associazione con una brutta prognosi. Innalzamenti dei livelli di ALT, AST e CPK sono meno frequentemente

riportati. Sono stati riportati anche livelli anormali degli elettroliti del siero sia nel momento della manifestazione della malattia che nella fase di ospedalizzazione (iposodio, ipopotassio, ipomagnesio e ipocalcio).

Annex 2 Guida alla diagnosi di SARS nel periodo post-epidemico – Una preoccupazione per tutti gli operatori sanitari

Fare una diagnosi di SARS sufficientemente presto per implementare un controllo effettivo dell'infezione e misure di sanità pubblica sarà una sfida che richiede che tutti gli operatori sanitari attuino sempre misure di controllo dell'infezione basate sul rischio nella fornitura di cure mediche. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere incoraggiati a considerare la possibilità che un loro paziente abbia la SARS. Se ci sono caratteristiche che suggeriscono la presenza di SARS allora dovrebbe scattare un adeguato livello di precauzione con la messa in atto di tutte le misure adeguate. E' necessario che nel corso di questo processo ci sia monitoraggio e feedback.

La natura non specifica della manifestazione della SARS potrebbe portare alla preoccupazione per un vasto numero di pazienti per i quali poi la diagnosi sarà diversa. In pratica, la preoccupazione di trovarsi davanti a un caso di SARS potrebbe verificarsi ogniqualvolta ci sia il sospetto di polmonite atipica.

In questo processo non dovrebbero essere coinvolti solo i medici ma si dovrebbe dare peso alle opinioni e osservazioni di tutti gli operatori sanitari.

Preoccupazioni sulla manifestazione di SARS sollevate dai medici

Per i medici il processo di diagnosi dalla loro idea iniziale fino alla conferma o esclusione di una diagnosi di SARS (vedi descrizione di caso) dovrebbe normalmente proseguire a stadi successivi raccogliendo informazioni in sequenza da varie fonti tra le quali:

- Storia clinica
- Esami clinici
- Monitoraggio durante la degenza
- Analisi radiologiche
- Analisi ematologiche
- Analisi biochimiche
- Analisi microbiologiche e virologiche
- Risposta ai trattamenti
- Informazioni epidemiologiche ottenute dall'individuo, dall'unità sanitaria o dalla comunità.

Preoccupazioni sollevate da altri operatori sanitari

La preoccupazione di trovarsi davanti a un caso di SARS può essere sollevata da qualunque operatore sanitario. E' quindi necessario che tutti gli operatori sanitari siano totalmente consapevoli di quali elementi possano motivare una preoccupazione circa la SARS e di come, nel corso del loro lavoro, potrebbero trovarsi coinvolti nella manifestazione, analisi, o trattamento di un caso non identificato di SARS.

Dovrebbero essere stimolati a sollevare eventuali preoccupazioni e opinioni sia con i medici che con il gruppo di controllo dell'infezione che dovrebbe fornire monitoraggio e feedback nel processo.

Alcuni esempi sono:

- Che lo staff dedicato al controllo dell'infezione noti un aumento nelle polmoniti acquisite durante la ospedalizzazione
- Che lo staff infermieristico noti un pattern (un profilo ripetuto) nel peggioramento delle condizioni di un paziente che possa suggerire la presenza di SARS
- Che lo staff coinvolto nelle cure geriatriche noti un aumento nelle malattie acute
- Che venga notato un aumento delle assenze per malattia dello staff sanitario per condizioni compatibili con una diagnosi di polmonite atipica
- Che i fisioterapisti notino un pattern tipico della polmonite atipica
- Che i radiografi notino un pattern tipico della polmonite atipica
- Che i radiologi notino un pattern tipico della polmonite atipica
- Che gli ematologi notino un profilo che suggerisce la polmonite atipica
- Che i biochimici notino un profilo che suggerisce la polmonite atipica
- Che i microbiologi notino un aumento nelle polmoniti non diagnosticate
- Che i virologi notino un aumento nelle richieste di test di serologia respiratoria
- Che i farmacisti notino un aumento nelle prescrizioni per polmoniti

Polmonite atipica

Batteri comuni, come lo *Streptococcus pneumoniae* e l'*Haemophilus influenzae* causano la cosiddetta "polmonite tipica". I casi di polmonite tipica presentano febbre, sintomi respiratori (tosse, normalmente nelle prime fasi della malattia, respiro corto, etc), alta conta di globuli bianchi e modificazioni ben definite nelle radiografie toraciche. Tendono a rispondere in modo positivo a un trattamento con antibiotici tipici di una polmonite trasmessa nella comunità.

Diversamente, la "polmonite atipica" è definita come una polmonite o un'infezione del basso tratto respiratorio con manifestazioni atipiche spesso con la comparsa graduale di sintomi come una tosse secca, una conta di globuli bianchi variabile e modificazioni toraciche visibili radiograficamente. Queste però includono cambiamenti a placche, mal definiti, che possono essere spesso più acuti di quanto suggerirebbe il quadro clinico. Gli agenti della malattia includono *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.*, *Legionella pneumophila*, *Coxiella burnetii*.

La diagnosi di polmonite atipica è in sé una sfida ma sarà assistita da un'attento esame clinico (inclusi i sintomi non respiratori), e data la probabile assenza di segnali auscultativi, una misurazione accurata del tasso respiratorio e della saturazione dell'ossigeno (quando disponibile) diventa ancora più importante. Una radiografia toracica è di grande utilità nell'acquisire una diagnosi e dovrebbe essere considerata perfino nell'assenza di sintomi respiratori.

Caratteristiche della SARS che possono comunemente aiutare nella diagnosi clinica

Sars	Esempio	Precauzione e azione
Storia clinica	Immediata comparsa di prodromi simili all'influenza, tosse secca, sintomi non respiratori (ad esempio è comune la diarrea)	Registrare i viaggi recenti, le ospedalizzazioni e i contatti con le strutture sanitarie. Il fatto che questi elementi risultino negativi non dovrebbe automaticamente escludere una diagnosi di SARS.
Esame clinico	Assenza di correlazione con cambiamenti radiologici toracici	Mancanza di segnali respiratori particolarmente in gruppi di età come ad esempio gli anziani
Monitoraggio durante la cura	Ipossia	La temperatura potrebbe non essere alta nel momento dell'ammissione in ospedali, si dovrebbe documentare il tasso respiratorio
Analisi ematologiche	Bassa conta di linfociti	
Analisi biochimiche	Incremento dell'LDH	Controllare il profilo degli elettroliti e le funzioni epatiche
Analisi radiologiche	Cambiamenti CXR mal definiti, a placche, cambiamenti progressivi	Può presentare una polmonite lobare, possono manifestarsi pneumotorace, e pneumomediastino
Analisi microbiologiche	Verificare la presenza di polmoniti, incluse quelle atipiche, trasmesse dalla comunità o negli ospedali	Possono manifestarsi infezioni concomitanti
Analisi virologiche	Ricerca altre cause di polmonite atipica	Interpretare i risultati dei test sulla SARS con cautela
Trattamento	Al momento non esiste un trattamento garantito per la SARS, sono raccomandate misure di supporto	Mancanza di risposta al trattamento con antibiotici standard per la polmonite acquisita trasmessa per via comunitaria inclusa quella atipica possono essere indicative di SARS

Annex 3 Uffici di riferimento (punti focali) OMS per la SARS

WHO Geneva

Dr. Angela Merianos,
CSR SARS Coordinator
E-mail: sars@who.int

Utilizzare questo e-mail per tutta la corrispondenza relativa alla SARS indirizzata all'OMS di Ginevra.

WHO Regional Office for Africa (AFRO)

Dr Paul Lusamba-Dikassa,
Regional Adviser, Communicable Disease Surveillance and Response
E-mail: lusambap@whoafr.org

Regional Office for the Americas / Pan American Health Organization (AMRO/PAHO)

Dr Marlo Libel,
Regional Adviser in Communicable Diseases, Disease Prevention and Control
E-mail: libelmar@paho.org

Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)

Dr Nadia Teleb,
Medical Epidemiologist
E-mail: telebn@emro.who.int

Regional Office for Europe (EURO)

Dr Bernardus Ganter,
Regional Adviser, Communicable Diseases
E-mail: bga@who.dk

Regional Office for South-East Asia (SEARO)

Dr M.V.H. Gunaratne, Regional Adviser on Communicable Disease Surveillance and Response
E-mail: gunaratnem@whosea.org

Regional Office for the Western Pacific (WPRO)

Dr Hitoshi Oshitani, Regional Adviser in Communicable Disease Surveillance and Response
E-mail: outbreak@wpro.who.int